Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*04.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  -
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  -
- FG14
  -
  -
- FG17
  -
- FG24
  -
  - Thomas Ziese
- FG 32
  -
  -
  -
- FG33
  -
- FG34
  -
  -
- FG36
  -
  -
  -
- FG37
  -
  -

- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Ausbreitung, Maßnahmen (Folien hier): gestern >64 Mio. Fälle, knapp 1,5 Mio. (2,3%) Todesfälle ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Wenige Veränderungen ▪ Brasilien wieder auf Platz 2 aufgrund eines 22%-igen Anstiegs im Vergleich zur Vorwoche ▪ Abwärtstrend in manchen europäischen Ländern, Italien (-23%), Deutschland, GB (-19%), Polen (-42%) ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ▪ 78 Länder (Mittwoch waren es 79) ▪ Afrika: neu Cabo Verde ▪ Amerika: Virgin Island und Dom Rep wieder dabei, Bermuda und Mexico Inzidenz unter 50/100.000/7T ▪ Asien: nur noch 7 Länder, Kuwait und Qatar raus ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH ▪ Keine Veränderungen im Vergleich zu Mittwoch ▪ Unter EU-Ländern nur Irland und Island mit Inzidenz <50 Neuinfektionen/100.000/7T • Washington Post Artikel am 01.12.2020 (hier), Titel "Europe's schools still open, still relatively safe, through the COVID-19 second wave" ○ Schulschließungen in Österreich, Tschechien und Italien, offen in zahlreichen anderen europäischen Ländern trotz 2. Welle ○ Interessante Zahlen ▪ Finnland: 20.000 von 1,2 Mio. Lehrern und Schülern in Quarantäne, nur 200 (1%) positiv getestet, Positivrate in Allgemeinbevölkerung 2,8% ▪ Spanien: 87% von Indexfällen in Klassenzimmern führten nicht zu sekundären Fällen ▪ Frankreich: nur 0,1% der Schüler und 0,2% Prozent des Personals an Schulen positiv getestet	ZIG1

    - Irland: wöchentliche Veröffentlichung eines Berichtes zu Massentestungen an Schulen, für Berichtswoche 22.-28.11. fast 2500 Personen aus 136 Einrichtungen getestet, Positivanteil 1,9%, in Allgemeinbevölkerung Positivrate 2,4%
  - Fazit: Fälle in Schulen treiben das Infektionsgeschehen nicht maßgeblich voran
- NEJM Publikation zu WHO Solidarity Trials (hier) neue Zwischenergebnisse, Fazit:
  → Remdesivir, Hydroxychloroquine, Lopinavir und Interferon-beta-1a kein/kleiner Effekt auf overall mortality, duration of hospital stay und initiation of ventilation
- Zusammenfassung: Auf amerikanischem Kontinent keine Entspannung, in Europa teilweise stark rückläufiger Trend

National

FG32/FG38

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 1.130.237 (+23.449), davon 18.034 (1,6%) Todesfälle (+432), 7-Tage-Inzidenz 134,9/100.000 Einw., Fälle IST 3.980, Reff=1,00 7T Reff=1,04
  - Hohe Anzahl neu gemeldeter Fälle (Donnerstagszahlen)
  - Bei Besetzung von Intensivbetten nur langsamer Anstieg
  - Inzidenzen
    - Starker Anstieg in Sachsen und auch in Thüringen
    - Alle Altersgruppen sind betroffen
    - Ab nächster Woche epidemiologisch besser deutbare Darstellung hierzu
    - Inzidenz in Sachsen sieht dramatisch aus, in Nowcasting-Kurve nicht ganz so, diese sollte bei der Besichtigung der nationalen Lage mitberücksichtigt werden
  - Sind in Thüringen die Screenings in Hildburghausen sichtbar? Eher nicht (nicht abschließend besprochen)
  - Altersgruppe über 80 ist überall stark betroffen auch wenn bei der Gesamtzahl der Fälle natürlich nicht so hoch
  - Geografische Verteilung
    - Sachsen überholt möglicherweise Bayern
    - Hohe Todesfallinzidenz in Sachsen obwohl BL noch nicht lange betroffen ist
    - Heute kein Kreis >500, einige >400, Bautzen, Zwickau, Sächsische Schweiz
  - Mortalität
    - Kleiner Anstieg in Deutschland
    - In EuroMOMO ist ein starker Anstieg in anderen EU-Ländern sichtbar
    - EuroMOMO: Schweiz ist das einzige Land in dem es während der 2. Welle mehr Übersterblichkeit gibt als in der 1. Welle, in UK, Spanien war die Übersterblichkeit in 1. Welle höher

Diskussion

Alle

- Langsamer Anstieg Intensivstationen – wie kann dieser begründet und wie soll vorgegangen werden? Situation in Krankenhäusern (KKH)
  - Mögliche Gründe
    - Restriktivere Handhabung oder Steady State der sich auf hohem Niveau einpendelt, deswegen täglich nicht mehr so viele neue Fälle
    - Es gibt immer einen zeitlichen Verzug bis zur Aufnahme in Intensivstation, aktuelle Situation ist eher ein Abbild des hohen Anstieges im Oktober
    - In manchen KKH kommen Patienten ab 85 Jahre nicht mehr auf die Intensivstation, dies ist nichts Offizielles, wurde aber von mehreren Krisenstabs-TN gehört
    - Es wird ebenfalls früher/mehr Sauerstoff gegeben, vielleicht deswegen auch weniger Personen auf IST
    - Hälfte der Personen die auf ITS kommen verstirbt – Fokus sollte noch mehr auf Vermeidung von Infektionen und nicht Behandlung von Fällen liegen
  - Verteilung IST-Patienten
    - Es gibt Möglichkeit der regionalen Patienten-Übernahme, wenn diese medizinisch noch möglich ist, wird dieses Prinzip auch genutzt?
    - Viele Diskussion hierzu, Prozess wird noch etabliert
    - Bisher keine Verlegung von Patienten in größerem Rahmen, lediglich Einzelverlegungen
    - Es sollte in jedem KKH eine Person geben, die weiß wie das Vorgehen ist
    - IBBS gibt dies erneut in die verantwortliche Gruppe
  - ICOSARI
    - Nicht alle Intensivbetten sind durch COVID-19 Patienten belegt
    - Andere Gründe, z.B. nicht verschobene Operationen spielen mehr als im Frühjahr eine Rolle, dies ist wahrscheinlich nicht nur in Sentinel-KKH der Fall
    - Die Lage ist angespannt, aber aktuell gibt es keinen deutschlandweiten Mangel an Intensivbetten
    - FG36 reicht ICOSARI-Folien hierzu Montag nach, inklusive Altersstruktur auf Intensivstationen
    - In der IfSG-Novellierung sollte jetzt eine VO etabliert werden, die mittelfristig erlaubt ICOSARI weiter auszubauen
    - Herausforderung ist häufig fehlende Digitalisierung der KKH, zeitnahe elektronische Datenlieferung ist ein Problem
  - KKH-Situation variiert
    - Berliner Kliniken haben fast alle elektiven Eingriffe abgesagt
    - SH wartet auf Patienten, auch in NW ist die Situation anders als im Frühjahr
    - Es werden weniger elektive Eingriffe abgesagt gibt aber dennoch eine hohe Belastung

	▪ Finanzierungslücken wurden geschlossen ▪ Eigenständige Entscheidung der individuellen Häuser wie vorgegangen wird ▪ Ggf. sollte der Ethikrat angesprochen werden ob ein Update notwendig ist um Versteckentwicklungen zu minimieren und offene Diskussion zu ermöglichen	VPräs/alle
	• ECDC RRA zu Festtagen am Jahresende (hier) o ECDC Einschätzung, dass Lockerung über Feiertage nicht zu empfehlen ist, primär 2 Vorschläge o *Vorquarantäne* vor den Feiertagen ▪ Realistisch? Eventuell falsches Sicherheitsgefühl? ▪ Zeitraum wurde scharf verhandelt und ist für echte Quarantäne zu kurz ▪ Frage ist, wer danach zusammenkommt, wenn dann auch Personen ohne Vorquarantäne hinzukommen gibt es bei mangelnden Abstandsregeln eine Infektionsmöglichkeit ▪ Unwahrscheinlich, dass Vorquarantäne auf effektive Art realistisch ist o *Social bubbles* ▪ Was ist die social bubble, wie wird diese übersetzt? ▪ Jede Person hat ihre Kontakte, unwahrscheinlich, dass sich fortlaufend immer nur 2 Haushalte treffen und diese ansonsten keine anderen Kontakte haben ▪ Sollte sehr kleine konstante Gruppe sein, die sich über die Weihnachtstage fortsetzt ▪ Kommunikation, dass social bubble für die gesamten Weihnachtstage gilt, begrenzt und konstant über die Weihnachtszeit hinweg, dennoch unsicher, ob dies realistisch ist und umgesetzt wird o Beispiel aus England ▪ Modellierung der Daten der 1. Welle, Shielding von über 70-jährigen ▪ Seit jetzigem Teillockdown ist social bubble gesetzlich geregelt: ein Haushalt darf mit einem zweiten Haushalt in Kontakt, bei Verletzung der Regelung 14 Tage in Quarantäne bevor die Rückkehr in die eigene bubble stattfinden kann ▪ England setzt social bubbles über Weihnachten für 3 Tage aus ▪ Papier von Stefan Flasche, kommunikative Aufarbeitung, ganz strikt, ein anderer Haushalt und gesetzlich geregelt o Wie soll RKI sich positionieren: nicht öffentlich, ggf. Bericht mit Vorausschau, wie könnten die Zahlen sich entwickeln, Anstoß zur Überlegung, Lockerung über Weihnachten unabhängig von den Zahlen nicht zuzulassen ▪ Gewisser Anteil an sozialen Kontakten ist wichtig ▪ Nahe Bekannte/Verwandte werden als vertraut empfunden, AHA+L-Maßnahmen nicht so umgesetzt	

	wie gegenüber Fremden, erneute Sensibilisierung sollte stattfinden ▪ Unwahrscheinlich, dass während der Feierlichkeiten MNS/MNB getragen wird ▪ Das Verhalten bei Zusammentreffen ist entscheidend und dazu muss gut kommuniziert werden ▪ Auch bei kleinen Zahlen ist eine rasche Akkumulation von Übertragungen möglich → Visualisierung hiervon um Bevölkerung zu sensibilisieren ○ Bitte aus Flughafen TK gestern, dass RKI und BMG stark darauf hinwirken, dass wenig Reiseaktivitäten stattfinden ○ Kann dies in unsere Kommunikation zur Lageeinschätzung mit aufgenommen werden, wenn ja, wie, um auf den Ernst der Lage einzugehen ohne Panik zu streuen, bitte überlegen für das nächste Pressebriefing oder Lagebericht Risikokommunikationsprojektgruppe (P1) • Zusammenfassung: ○ LZ bitte Aufgabe erstellen: Bericht an BMG, dass RKI keine Lockerung über die Feiertage empfiehlt mit entsprechender Begründung, bis spätestens Dienstag DS, soll über Leitung ans BMG gehen, keine Modellierung, Gründe können aus ECDC RRA ziehen → FF FG36 oder jemand anderes, je nach Belastung ○ Risikokommunikationsgruppe: Netzwerkschema erstellen, was bedeutet bei kleineren sozialen Gruppen, wenn jede Person zu mehreren kleinen Gruppen Kontakt hat (Kontaktmatrix, selbst wenn immer nur wenige Personen pro Moment größeres Kontaktmuster) → FF P1 ○ Welche Empfehlungen können wir noch über die Feiertage geben: Vorquarantäne, social bubble, ja oder nein, andere Empfehlungen? Zu überdenken im Krisenstab (LZ soll auch hierzu eine Aufgabe vergeben) → moderierende FF P1, mit FG36 und FG37 *ToDo: s.u. Zusammenfassung* 1. *LZ Aufgabe Bericht an BMG* 2. *P1 Risikokommunikation* 3. *LZ Aufgabe Überlegung zu (zusätzlichen) Empfehlungen für Feiertage*	
2	**Internationales** **(nur freitags)** • Einsätze: kurze Nachfolgemission nach Namibia um regionale SARS-CoV-2-Testung zu etablieren • [geschwärzt] , • Internes Papier zu Reisen in Vorbereitung ○ Anfragen zur Rolle von Antigentestungen bei Einreise/Reise	ZIGL ZIGL/FG38

Kommentiert [SM1]: [geschwärzt]

Kommentiert [SM2]: [geschwärzt]

Kommentiert [SM3]: [geschwärzt]

	○ Antigennachweise wurden viel diskutiert, sie beschreiben in einer Momentaufnahme Infektiosität und nicht die Infektion ○ Strategiediskussion, ob solcherart Nachweise erlaubt bzw. gefordert werden ○ ○ ZIG4 erstellt zsm. mit anderen OEs ein Optionenpapier ○ Risikogebiete werden hierdurch noch komplexer ○ Impfnachweis für Reisende wird kurzfristig kein Thema sein, da zunächst Risikogruppen geimpft werden ○ Einzelne Länder oder Fluglinien werden hierzu Entscheidungen treffen ○ RKI sollte besprechen und kommunizieren, wie unsere Stellung dazu ist, um Muster Quarantäne VO und dann reaktiver Nacharbeit vorzubeugen • Viel Überschneidung mit FG38-Arbeit zum Thema Transport ○ Letzte Woche Diskussion mit BMVI zu Reisekorridoren ○ Wie Reisen vor allem im Flugverkehr unter Nutzung von Testungen erfolgen können ○ Wahrscheinlich folgt ein Auftrag vom BMG ans RKI ○ ○ Für Flugverkehr verantwortliche GA sprechen sich ganz stark gegen Testungen und Quarantäne aus: Reisende sollten wie alle anderen Personen in der Bevölkerung behandelt werden, es kommt mehr auf das Verhalten als Reiseursprung/-ziele an ○ Testkapazitäten müssen im Auge behalten werden ○ Fazit: Sehr vorsichtig mit Testungen im Reiseverkehr ○ Vorpositionierung unter Eindruck neuer Möglichkeiten soll durch ZIG und FG38 entwickelt werden *ToDo: ZIG Entwurf des Optionpapiers unter Einbeziehung von FG38*	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Fragestellung: Einstufung von „Cluster of cases" auf „Community transmission" (WHO Situation Report)?** • Ist mittlerweile Journalisten aufgefallen, sollte hochgestuft werden? • Wurde bisher nicht getan, da sich dies in der syndromischen Surveillance noch nicht so darstellt und aktuell der leichte Lockdown besteht	VPräs/alle

<table>
<tr><td></td><td>

Krisenstabs-TN sind dafür, hochzustufen, fortgesetzte weitere Übertragungen trotz der Maßnahmen, Deutschland befindet sich auf einem mittleren Niveau der community transmission
[geschwärzt] setzt dies über Datenübermittlung an WHO um

</td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td>
Kommunikation
BZgA

Nicht anwesend

Presse

Neue Dashboard Darstellung

Eingang von Rückmeldungen zum neuen Dashboard
Positiv und negativ, wird generell als gut eingeschätzt da erfahrungsgemäß immer mehr negative als positive Kommentare eingehen
Heute soll noch ein Disclaimer erstellt werden um die Änderungen zusammenzufassen

Jubiläum heute

Zum 1.300. Mal COVID-19-Übersichtsseite aktualisiert
Zum 500. Mal die Marginalspalte aktuelles

Nächste Woche Dienstag Pressekonferenz Corona-Monitoring lokal in Straubing

Tätige in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern – Fokus Weihnachtsferien

Wertschätzung Migrant*innen in Pflege

Gestern Länder-TK: in Deutschland sind mit 26% Migrant*innen überproportional in Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege tätig
Es gibt den Wunsch einer wertschätzenden Anerkennung dieser Gruppe, wenn möglich durch RKI Präs und/oder den Minister, in der klar gesagt wird, dass ohne sie die Versorgung zusammen-brechen würde
Außerdem Wunsch nach Kommunikation, dass diese Weihnachten Reisen insgesamt unterbleiben sollten → soll von Gruppe ergänzende Präventionsmaßahmen aufgenommen werden

Mehrsprachige Kommunikation

RKI-Empfehlungen für Fachpersonal nur auf Deutsch verfügbar, Übersetzungen wären wünschenswert
Es gibt Material, aber nicht speziell für in Einrichtungen Tätige, sollte mehr zugespitzt werden in dieser Richtung
Übersetzung der RKI-Empfehlungen soll an BZgA herantragen werden
[geschwärzt] und [geschwärzt] sprechen sich ab
IBBS lässt Grundübersetzung von BZgA vornehmen, diese werden durch freiwillige im RKI ergänzt/überprüft
Übersetzungen sind wichtig, aber wie wird es an die gelangen, die die Informationen benötigen?

</td><td>Presse

FG38</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
Ähnliches wurde auch zu HIV/AIDS diskutiert, z.B. stärkere Einbindung von Selbsthilfegruppen bzw. Nichtregierungs-organisationen, ggf. Kontakte suchen um an diese communities besser heranzukommen? Wie kann dieser Arm der Pandemiebekämpfung gestärkt werden?
Beteiligung ethischer/sprachlicher Gruppen, Vorbereitung einer Handreichung für lokale Krisenstäbe
Wen sollte man einbeziehen oder in die Pflicht ziehen, ggf. gibt es auch lokale Netzwerke
RKI-Papier von [geschwärzt] stieß auf Kritik, dass RKI mit diesem Papier selbst stigmatisiert, wurde jedoch im Dialog mit anderen Gruppen nicht bestätigt
Eventuelle Erweiterung des bestehenden Papiers
Nicht ganz abschließend besprochen?
</td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>
<h2>Neues aus dem BMG</h2>
Nicht besprochen
</td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>
<h2>RKI-Strategie Fragen</h2>
a) Allgemein
Schulkonzept Irland
(Irischer Ansatz hier, RKI-Zusammenfassung hier)
Nichts Besonderes wird dort anders als hier gemacht, physische Distanzierung, Hygienemaßnahmen und Schüler und Lehrer bewegen sich in ihren Klassen oder Kleingruppen und verlassen diese nicht
Lüften wird nicht erwähnt
Konzept wurde bereits Ende Juli vor der Wiedereröffnung der Schuleinrichtungen veröffentlicht zsm. mit einem Protokoll für die Umsetzung
Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung sind sehr viel strenger
Wöchentliche Publikation der Ergebnisse der Massentestungen, geringere Transmission in Schulen und Bildungseinrichtungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung
In den Maßnahmen wird auf verschiedenste Situationen eingegangen, Details zur Einhaltung des physischen Abstands, Händewaschen, MNB für Kinder über 13 Jahren, keine Durchmischung, auch Weg zur Schule
Punkte wurden auch in RKI Empfehlungen adressiert, werden aber nicht so umgesetzt wie vorgesehen
High Level Meeting zu Safe schooling nächste Woche
[geschwärzt] wurde konkret auch zur Teststrategie eingeladen
Gleichzeitig gibt es den Ministerpräsidentenbeschluss der ein anderes Konzept vorsieht (Test am 5. Tag, dann kann noch stets ein Anteil erkranken, durchlässig für fortgesetzte Infektions-ketten, wirkt offenhalten von Schulen entgegen)
[geschwärzt] würde fachliche RKI-Einschätzung kommunizieren und RKI-Konzept mit gezielter Teststrategie vorstellen
</td><td>ZIG1

FG36</td></tr>
</table>

- Wie soll mit dem MP-Beschluss umgegangen werden?
- Reaktive Anerkennung der Existenz des MP-Beschlusses, nähere Fragen hierzu können nicht beantwortet/interpretiert werden

Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers" [geschwärzt] (Folien hier) — FG34

- Einschätzung durch [geschwärzt] und [geschwärzt]
- Zusammenfassung
  - Grundidee des Papiers richtig und gut
  - KoNa stabilisiert die Kontrolle der Epidemie ist aber teilweise nur begrenzt vorhanden, solange gewisse Fallschwelle nicht überschritten wird, ist dies gut
  - Zahlreiche, willkürlich gesetzte Annahmen von Parametern die uns zum großen Teil nicht bekannt sind, Genauigkeit, die nicht messbar und unrealistisch ist wird vorgetäuscht
  - Verschiedene Zustände werden beschrieben, stabiler Zustand und Zustand mit Fallanstieg, wie dies quantitativ auszurechnen und -werten ist, ist nicht klar
- Limitationen
  - Im Modell werden alle Infektionen nachgebildet – Prävalenz der realen Infektion sollte bekannt sein, Dunkelziffer müsste hierfür konstant bleiben verändert sich aber mindestens an Teststrategiebruchpunkten, hängt außerdem z.B. vom Alter ab und ist nur grob messbar/sehr schwer zu ermitteln
  - Bei unbekannten Einzelwerten zu Parametern (z.B. infektiöse Kontakte) kann kein Durschnitt ermittelt werden
  - Kapazität der GA zur KoNa ist nicht konstant, hängt von der Anzahl der KP der einzelnen Fälle ab, Größe der Ausbruchsgeschehen, KoNa-Kapazität, Altersgruppen, Regionen, Erreichbarkeit
    → Bei realer Politikberatung sollte dies alles mit einbezogen werden, für eine Modellierung genügt dies vielleicht
  - Relevanz für praktische Maßnahmen sehr begrenzt, offene Fragen nicht berücksichtigt (spielt Saisonalität doch eine Rolle? Vielleicht nicht im September/Oktober, aber vielleicht doch im November?), dies kann Kontrollstrategie durcheinanderbringen
  - Autoren machen Kostenabschätzungen zu strengem Lockdown der günstiger wäre, sehr schwer zu rechtfertigen auf Basis der aktuellen daten
- Fazit
  - Wie Maßnahmen wirken können wir aktuell nicht prognostizieren, Maßnahmenpriorisierung kann erfolgen, quantitative Beschreibung der Wirkung von Maßnahmen aber nicht
  - Lösung ist entweder Eradikation oder gute Immunität
- Einschätzung [geschwärzt] (Folien hier) — FG37
  - Beschriebene Zustände auf deutsche Situation angewandt
    - stable: HH, HB
    - unstable: ST, BB, TH, SMN

<table>
<tr><td></td><td>
metastable: alle anderen, SH, MV stabil aber auch mit Maßnahmen zu hoch
Darstellung der Möglichkeiten und Last derselben für Gesellschaft und Wirtschaft: Durchseuchung, Containment, Eradikation (Süd-Korea, Taiwan, Vietnam, China, Neuseeland)
Deutschland mit Containment Strategie relativ erfolgreich
Lockdown ist aktuell nicht stark genug
Diskussion
Kontrollierbarer Zustand kann sehr plötzlich in unkontrollierbare Situation übergehen
Durch test-trace-isolate wird Virus gut in Schach gehalten
Saisonalität spielt eine Rolle, aber auch in anderen Ländern
Ziel sind niedrige Fallzahlen, zu welchem Preis, was epidemiologisch verantwortbar sowie gesellschaftlich und ökonomisch akzeptabel ist, muss diskutiert werden
Rückgang von Fallzahlen kann gezeigt werden, aber Erfolgsaussicht von vorhandenen oder potentiell anderen Maßnahmen, um nach Anstieg in stabile Situation zurück zu kehren, ist nicht bewertbar
Sachsen: zieht jetzt nach, u.a. viele Reisen von angrenzenden Ländern nach Sachsen für Einkaufstouren da hier Maßnahmen weniger streng sind, Interpretations-möglichkeit der Modellierung wird überbewertet
China: frühzeitig ein richtiger Schwerpunkt mit zahlreichen Containment Scouts auf Einwohner bezogen (6.000/10 Mio. Einwohner?), sehr guter Ansatz, über so etwas muss in der Zukunft nachgedacht werden
Modellierung erzeugt keine neue Evidenz, sondern bestätigt was wir bereits wissen, Irreführung da dies als Nachweis kommuniziert wird, jedoch hilfreich für die Politik, kann auch eine positive Wirkung haben dadurch, dass es plastisch gemacht wird

b) RKI-intern
Nicht besprochen
</td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>Dokumente
Nicht besprochen</td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td>Update Impfung (nur freitags)
UK hat erste Zulassung eines Impfstoffes
Biontech-Zulassung am 22.12. erwartet, ggf. früher
Moderna Impfstoff, auch mRNA, am 12.01.2021 erwartet
Astra Zeneca verschiebt sich, da weitere Daten gefordert wurden</td><td>FG33</td></tr>
</table>

- STIKO-Sitzung gestern, Beschluss geht Montag in Stellungnahme-verfahren an Länder und Fachgesellschaften
- 1. Priorität für Impfungen
  - Bewohnerschaft Altersheime
  - Personen über 80
  - Personal in Altersheimen und medizinisches Personal mit besonderen Tätigkeiten oder Einsatzorten (aerosolprodu-zierende Vorgehen, Kontakt Risikogruppen)
- Daten von Biontech (zu 48.000 TN) wurden STIKO vertraulich durch BMG zur Verfügung gestellt, in Bezug auf Sicherheit wie erwartet gut
- Vorbereitung auf Umsetzung Impfen
  - Biontech hat Tiefkühlschränke, die zur Verfügung gestellt werden können
  - Geimpften Personen sollen weiterhin Hygienemaßnahmen einhalten
  - Quarantänehandhabe wie bei Personen, die Erkrankung durchgemacht haben → Immunität nach Impfung angenommen mindestens so gut wie nach durchgemachter Erkrankung
  - Impfstoff in Emulsion aus Nanolipidartikeln eingebettet, wahrscheinlich kein Haifischprodukt
  - Nachweis über Impfung
  - Wird gehandhabt wie bei jeder anderen geimpften Person auch, gelber Impfpass und Dokumentation
  - Biontech plant Impfzentren Maschinen zur Verfügung zu stellen, die Aufkleber ausdrucken

Quantifizierung und Risikostratifizierung vulnerabler Gruppen für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf in der Bevölkerung (Folien hier)

FG24

- Ziel: Überprüfung der Definition und Risikostratifizierung
- Definition von zwei Gruppen
  - Vulnerable Personen
    - Personen mit Vorerkrankungen
    - Person >65 Jahre
    - Hilfsbedürftige Personen >55 Jahre (wenig Impact in Endergebnis)
  - Hochvulnerabel Personen mit
    - ≥65 oder
    - Diabetes
    - Chronische Nierenerkrankungen
    - Adipositas
    - Manche Erkrankungen sind in den Daten nicht vorhanden aber wahrscheinlich über Alter oder comordibity miterfasst
- Ergebnisse
  - Hauptvulnerable Gruppe 36 Mio., davon 21 Mio. hochvulnerable

	○ Alter: hohe Vulnerabilität etwas stabiler und auf niedrigerem Niveau, starker Anstieg vulnerable Gruppe mit Alter ○ Bildung: sozialer Gradient bei beiden Gruppen ○ Lebensform: Prozentsatz Alleinlebender nimmt mit zunehmender Vulnerabilität zu ○ Regional nach BL: deutliche Unterschiede, höher im Osten und im Saarland, höchste Vulnerabilität im Saarland, Bayern geringste Vulnerabilität • Diskussion: wie soll hiermit umgegangen werden? ○ Terminologie: Vereinbarung der Terminologie medizinische Disposition für schweren Verlauf aus biologischen Gründen = *Risikogruppen*, Begriff vulnerable Gruppe kommt aus sozialpsychologischem Kontext, sollte angepasst werden ○ Terminus Risikogruppen: deutliche Formulierung wichtig, „Risiko eines schweren Verlaufes von COVID-19 Erkrankungen" ○ Analyse soll publiziert werden, basiert auf soliden Annahmen und Daten ○ Frage nach Alleinlebenden, ggf. Einbau des Personen-Anteiles, bei dem Lebensform anders oder unbekannt ist, wo sind z.B. Personen, die pflegebedürftig sind? ○ Dies ist in Surveydaten schwer abzugreifen, es sollte ggf. als Limitation hierauf hingewiesen werden, um Unterschied zwischen agilen, fitten und stark pflegebedürftigen älteren Personen zu machen	
10	**Labordiagnostik** • FG17 Virologische Surveillance: 358 Einsendungen, 17 SARS-CoV-2 positiv, keine rückläufige Tendenz, 89 Rhinoviren, Einsendungen generell gestiegen • ZBS1 ○ 1.044 Einsendungen, 215 positiv (21%), Woche noch nicht zu ende, von 2.200 Proben aus CoMoLo sind 21 positiv ○ Panel für Antigenteste in Erstellung	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **EASA/ECDC Empfehlungen zur Testung und Quarantäne von Flugreisenden** • Bereits oben besprochen unter Internationales	FG38

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 07.12.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	